

LA SALUD COMO CAUSA DE MIGRACIÓN EN ESPAÑA

Dolores Puga
Instituto de Economía y Geografía
Consejo Superior de Investigaciones Científicas
C/Pinar 25, 28006 Madrid
dpuga@ieg.csic.es

A lo largo del curso de vida joven y adulto, son eventos en las biografías laboral y familiar –inserción en el mercado laboral, evolución profesional, cambios en empleo u ocupación, aumento de la familia, disolución de la pareja, etc.– los que frecuentemente motivan una migración (Mulder, 1993; Módenes, 1998; Baizán, 2001). Los casos en los que la población emprende un cambio de residencia por motivos de salud son muy poco frecuentes en edades previas a la vejez (Puga, 2004). Por el contrario a partir de la madurez, y muy especialmente de la vejez, la salud se convierte en una de las principales causas de migración (Litwak y Longino, 1987, Longino et al, 1991; Speare et al, 1991; De Jong et al, 1995; Glaser y Grundy, 1998). A las causas familiares – emancipación de los hijos, disminución de la red social, viudez– y laborales – jubilación–, se unen la búsqueda de un mayor bienestar climático y ambiental durante las primeras edades de la vejez –con el objetivo de preservar la calidad de vida y la salud–, y la discapacidad y la dependencia crecientes durante la vejez avanzada. La salud, por lo tanto, ausente entre los motivos de migración entre la población joven y adulta, explica buena parte de los movimientos migratorios que se producen en la envejecida sociedad española actual.

El aumento de la esperanza de vida, las mejoras en las condiciones socioeconómicas en la vejez, y diversos cambios en las transferencias intergeneracionales, han motivado una transformación en la composición de los hogares españoles: los mayores viven solos en mayor medida que en el pasado (López Villanueva, 2001). Resultados de diversos estudios demuestran el significativo papel de los hijos adultos en el cuidado de sus padres (Brody, 1985; Abellán y Puga, 2001), lo que resalta la importancia de la proximidad geográfica, como variable más explicativa de la frecuencia y naturaleza de dichos cuidados (Crimmins y Ingegneri, 1990; Rogerson et al, 1997). Cuando al deterioro de la salud se une la aparición de la discapacidad y la dependencia, la necesidad de contar con un miembro de la familia como fuente de ayuda se impone en la sociedad española actual, en la que los servicios sociales formales tan solo alcanzan a atender a un 10% de la población mayor necesitada de cuidados. El 51% de los mayores españoles en situación de dependencia –que necesitan ayuda en alguna AVD o AIVD– son cuidados por alguno de sus hijos. En estas circunstancias, la transferencia intergeneracional de cuidados se ve facilitada mediante la reducción de la distancia entre los miembros de la familia, convirtiendo al mayor, nuevamente, en protagonista de una migración.

Un 4,5% de la población española ha migrado alguna vez por motivos de salud, porcentaje que alcanza a un 6% de los mayores de 65 años, y a un 10% de los mayores de 80 años. Las probabilidades de migración por este motivo, muy reducidas a lo largo del curso de vida previo a la vejez, aumentan de forma notable a partir de los 70 años, y

lo hacen con gran intensidad a partir de los 80 años, llegando a alcanzar probabilidades de 180‰ a partir de los 90 años. La curva de movilidad por este motivo presenta un perfil paralelo al de la probabilidad de aparición de la discapacidad y la dependencia. Es la aparición de problemas graves de autocuidados, a la que se unen la soledad –tras la viudez–, las reducciones en los ingresos, y la inadecuación de la vivienda a las nuevas necesidades, la que impone la renuncia a la autonomía residencial por parte del mayor.

La movilidad por este motivo es mayor entre las mujeres mayores que entre los varones, debido a la sobre-mortalidad masculina a edades avanzadas, y a la consiguiente mayor soledad femenina. La mayor parte de las mujeres mayores ya no cuentan con el apoyo de su cónyuge en el momento en el que sobrevienen problemas graves de autocuidado. Un 9% de las mujeres mayores de 65 años, y un 14% de las octogenarias se ven obligadas a migrar por este motivo, tasas que se ven reducidas a la mitad en el caso de los varones. De esta forma, la movilidad relacionada con la salud va acompañada de cambios en la composición de hogar, partiendo de hogares unipersonales hacia hogares multigeneracionales, en los que, en la mayor parte de los casos, conviven tres generaciones. El perfil del migrante por motivos de salud es el de una mujer octogenaria, viuda, con un nivel de ingresos reducido, en una situación de comorbilidad y con una discapacidad grave y creciente.

Los problemas de salud más frecuentemente relacionados con la migración por este motivo, son las artrosis y problemas osteoarticulares, las secuelas derivadas de infartos y accidentes cerebrovasculares, y problemas de demencias y Alzheimer –en menor medida aparecen distrofias musculares, Parkinson, y otros problemas neurodegenerativos–. El resultado es una media de ocho discapacidades sufridas en el momento en el que la persona de edad se ve obligada a renunciar a su autonomía residencial, momento que coincide con la aparición de los primeros problemas de autocuidado (problemas para asearse). A ello se une la discapacidad previa sufrida por el mayor, en la que suelen estar presentes problemas de movilidad exterior –andar solo por la calle, usar un medio de transporte público– y doméstica –desplazarse dentro del hogar, sentarse y levantarse de una silla–, y problemas para el mantenimiento del hogar –comprar, preparar la comida, limpiar y cuidar del hogar–. Es la suma de todas estas dificultades la que imposibilita el mantenimiento de la autonomía residencial a edades avanzadas, imponiendo en muchos casos una migración.

La mayor parte de los cambios de residencia consecuentes de problemas de salud se convierten en movilidad de corta distancia. El 62% de los mismos encuentran el origen y el destino de la trayectoria en el mismo municipio de residencia del mayor; un 21% de los migrantes cambian de municipio de residencia, pero lo hacen hacia alguno cercano; mientras que tan sólo un 17% de los mayores emprende una migración de larga distancia. Las trayectorias recorridas con dicha movilidad muestran los dos tipos de movilidad por motivos de salud protagonizada por los mayores. Como resultado de la movilidad tras la jubilación de parejas jóvenes, en busca de lugares en los que envejecer con una mejor calidad de vida –mejoras climáticas y medioambientales–, aparecen trayectorias hacia zonas costeras en el Mediterráneo como la que parte de Madrid y se dirige a Málaga (1,7‰). Pero la mayor parte de la movilidad por motivos de salud, la protagonizada por octogenarios, no busca mejoras climáticas, sino cuidados. En estos casos los mayores abandonan fundamentalmente zonas rurales y pequeñas ciudades, para dirigirse hacia las zonas en las que residen sus hijos, en la mayoría de los casos grandes ciudades y áreas metropolitanas. Reflejo de esta movilidad son la mayoría de

los flujos relevantes. Ávila-Madrid (5,2‰), Cáceres-Madrid (3,7‰), Cuenca-Valencia (3,7‰), Toledo-Madrid (2,2‰), Huesco-Barcelona (2,1‰), Ciudad Real-Madrid (2‰), Palencia-Valladolid (2‰).

El análisis de la migración por motivos de salud entre la población española se basa en la explotación de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de la Población Española, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, cuyo trabajo de campo se desarrolló durante el último cuatrimestre del año 1999. La encuesta fue realizada en 79.000 hogares, proporcionando una muestra de 220.000 individuos de 6 y más años. Los entrevistados cumplieron un cuestionario de hogar (características del hogar y de sus miembros), un cuestionario sobre estado de salud, y uno específico sobre deficiencias y discapacidades, de forma que permite contar con más de mil variables sobre características sociodemográficas y de salud del individuo, así como sobre diversas características del hogar.

Bibliografía:

- Abellán, A.; Puga, D. (2001): "La dependencia entre los mayores". En CECS: *Informe España 2001*, Madrid: Fundación Encuentro.
- Baizán, P. (2001): *Formation des ménages et migrations. Analyse biographique de trois générations espagnoles*, Louvain-la-Neuve: Université catholique de Louvain, Institut de Démographie
- Brody E. (1985): "Parent care as a normative family stress", *The Gerontologist* 25: 19-29
- Crimmins, E.M.; Ingegneri, D. (1990): "Interaction and living arrangements of older parents and their children: past trends, presents determinants, future implications", *Research on Aging* 12: 3-35
- De Jong, G.F.; Wilmoth, J.M.; Angel, J.L.; Cornwell, G.T. (1995): "Motives and geographic mobility of very old Americans", *Journal of Gerontology: Social Sciences* 50, 6: 395-404
- Glaser, K.; Grundy, E. (1998): "Migration and Household Change in the Population Aged 65 and Over, 1971-1991", *International Journal of Population Geography* 4: 323-339
- Litwak, E.; Longino, C.F. (1987): "Migration patterns among the elderly: a developmental perspective", *Gerontology* 27: 266-272
- Longino, C.F.; Jackson, D.J.; Zimmerman, R. S.; Bradsher, J. E. (1991): "The second move: Health and geographic mobility", *Journal of Gerontology: Social Sciences* 46, 4: 218-24
- López Villanueva, C. (2001): "Estructura familiar y social en la ciudad de Barcelona", *Revista Catalana de Sociologia* 14: 215-237
- Módenes, J. A. (1998) *Flujos espaciales e itinerarios biográficos: La movilidad residencial en el área de Barcelona*, Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, Departamento de Geografía
- Mulder, C. (1993): *Migration dynamics: a life course approach*. PDOD Publications Series A: Doctoral Dissertations, Amsterdam, Thesis Publishers, 251 p.
- Puga, D. (2004): *Estrategias residenciales de las personas de edad. Movilidad y curso de vida*. Barcelona: Fundació La Caixa
- Rogerson, P.A.; Burr, J.A.; Lin, G. (1997): "Changes in Geographic Proximity between Parents and their Adult Children", *International Journal of Population Geography* 3: 121-136
- Speare, A.; Avery, R.; Lawton, L. (1991): "Disability, residential mobility, and changes in living arrangements", *Journal of Gerontology: Social Sciences* 46, 3: 133-42